

基于圆运动理论探讨类风湿关节炎的病机与治疗

谢鸣, 谢延峥

江苏医药职业学院中医药学院, 江苏 盐城 224005

[摘要] 本文基于圆运动理论, 阐释类风湿关节炎(RA)“轴滞轮停”的核心病机本质, 梳理“中焦失调-圆运动失衡-痹阻关节”的病机演变规律, 结合现代医学的RA分期(活动期、缓解期), 分析中医3个分期(早期、中期、晚期)的病机特点, 据此拟定“运轴以行轮、疏维以调圆、复圆以求衡”的中医分期治疗策略。早期(活动期)病机以中气亏虚、轴失运转为主, 治以运轴复枢, 方选理中汤、逐痹丹等; 中期(活动期与缓解期交替)病机以肝木升阻、疏泄失调为主, 治以疏维调圆, 方选肝肾同补汤、小柴胡汤化裁; 晚期(缓解期或低活动度)病机以水火不济、寒热错杂为主, 治以复圆平衡, 方选独活寄生汤合肾四味、十全大补汤等。通过寒湿痹阻、肝郁脾虚、肝肾亏虚证3则典型医案, 证实该理论框架用于诊治不同分期、不同证候RA的实用价值。

[关键词] 类风湿关节炎; 圆运动理论; 病因病机; 分期论治

[中图分类号] R259 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 13-0165-09

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.13.021

Exploration on the Pathogenesis and Treatment for Rheumatoid Arthritis Based on the Circular Motion Theory

XIE Ming, XIE Yanzheng

School of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Medical College, Yancheng Jiangsu 224005, China

Abstract: Based on the circular motion theory, this paper expounds the core pathogenesis of rheumatoid arthritis (RA) as "axis stagnation and wheel arrest", sorts out the pathogenesis evolution patterns of "dysfunction of middle jiao-imbalance of circular motion-blockage in joints", and formulates the traditional Chinese medicine (TCM) staged treatment strategy of "regulating the axis to move the wheel, soothing the dimensions to harmonize the circle, and restoring the circle to achieve balance" based on an analysis of the pathogenesis characteristics of TCM stages (early, middle, late) in relation to the modern medical staging of RA (active stage and remission stage). In the early active stage, the pathogenesis mainly lies in deficiency of middle qi and failure of axis rotation, so the treatment focuses on regulating the axis and restoring the pivots, with prescriptions such as Lizhong Decoction and Zhubi pellets. In the middle stage (alternation of active stage and remission stage), the pathogenesis is mainly the obstruction of the ascending of liver qi movement, the failure of the liver to ensure free movement of qi, so the treatment focuses on dredging the dimensions to harmonize the circle, with modified Ganshen Tongbu Decoction and Xiaochaihu Decoction. In the late stage (remission stage or low activity stage), the pathogenesis is mainly incoordination between water and fire, intermingled cold and heat, so the treatment focuses on restoring the circle to balance, with prescriptions such as Duhuo Jisheng Decoction plus Shensiwei and Shiquan Dabu Decoction. Three typical medical cases of cold-damp obstruction, stagnation of liver qi and spleen deficiency and liver-kidney deficiency confirm the practical value of this theoretical framework for diagnosis and treatment of RA of different stages and different syndromes.

Keywords: Rheumatoid arthritis; Circular motion theory; Etiology and pathogenesis; Staged-specific treatment

[收稿日期] 2025-09-02

[修回日期] 2026-05-23

[基金项目] 江苏省卫生健康委员会项目(Y12023052); 江苏医药职业学院高层次引进培养人才科研基金项目(20216111)

[作者简介] 谢鸣(2004-), 男, 在读专科学。

[通信作者] 谢延峥(1992-), 女, 医学博士, 讲师。

类风湿关节炎(RA)是一种以关节滑膜慢性炎症为主的自身免疫病,表现为对称性关节肿痛、骨侵蚀,严重者可致关节畸形。常规西药虽能控制病情,但部分患者疗效不佳^[1-2]。RA归属于中医学痹证、尪痹范畴,其病机根本在于正虚邪侵、气血痹阻,病位在筋骨,与肝、脾、肾相关^[3]。其中,中焦脾胃的作用尤为关键,脾虚则气血生化不足,水湿停聚成痰成瘀,痹阻关节。这与圆运动理论“中气如轴”的观点一致,即脾胃如同车轮轴心,轴运转则全身气机通畅。笔者发现,RA患者常伴有纳差、腹胀等脾胃功能失调的表现,关节症状的轻重往往与脾胃状态同步,采用“运中轴以转四维”的方法调理脾胃,常获良效。由此分析,RA的核心病机可概括为“中焦枢机失调-五脏圆运动失衡-气血津液输布障碍-痰湿瘀血痹阻关节”。本文拟从圆运动理论出发,系统阐释这一病机链条,并提出以“复圆”为核心的治疗思路,为RA的中医诊疗提供参考。

1 圆运动理论的概念

圆运动理论源起河图洛书,经《周易》《灵枢》发展,至清代彭子益结合黄元御“一气周流”学说而成完整体系^[4]。其核心模型为“中气如轴,四维如轮”,中气即脾胃之气,居中央为枢纽;四维为肝、心、肺、肾四脏之气,环绕轴心运转。轴运则轮行,轮运亦助轴灵,共同维持全身气机动态平衡^[5]。荣卫理论是该理论体系的重要组成,荣气主外宣,卫气主内敛,二者通过中气枢转,形成表里循环。中气健运则荣卫调和,中气失序则气机乖戾。生理在于气机圆转,病理在于轴滞轮停^[6]。

2 RA的病因病机分析

RA易反复发作,依据疾病活动度可将其划分为活动期与缓解期,二者常交替出现^[7]。《类风湿关节炎病证结合诊疗指南(2025年)》^[8]提出RA的核心病机以脾肾阳虚、气血亏虚为

本,风寒湿邪、痰瘀阻络为标。临床常见风湿痹阻、寒湿痹阻、湿热痹阻、痰瘀痹阻、瘀血阻络、气血两虚、肝肾不足、气阴两虚8种证候,皆为本虚标实之体现。按照中医病程分期:早期多对应活动期,以中气亏虚、轴失运转为主;中期常表现为活动期与缓解期交替,夹杂木气升阻、疏泄失调;晚期多对应慢性缓解期或低活动度期,以水火不济、寒热错杂为本,但可因诱因急性发作,进入活动期。整体病机为脾肾阳虚导致中气无力运转,正虚邪恋,日久痰瘀互结,形成“越虚越堵、越堵越虚”的恶性循环。明确各期与活动期、缓解期的对应关系,有助于在圆运动理论指导下实施分期论治,动态把握“祛邪”与“扶正”的侧重。

2.1 早期:中气亏虚,轴失运转(湿邪内聚,寒热从化) 从圆运动理论角度分析,早期RA的核心病机是“轴心”出了问题,中气亏虚,易生湿邪;如果再加上肝木、肺金、相火也不足,寒气便会随之而生,湿气也会进一步加重^[9]。因此,在RA病程中,湿邪表现得尤为突出^[10]。

湿邪化不化,关键看相火^[11]。相火正常下行温养肾水,脾胃功能才能正常运转;若脾肾阳虚,相火无法正常下行,则会导致水谷变痰湿,筋骨失养。湿浊流至关节,轻则酸胀疼痛,重则肿胀变形,形成“中轴失灵-气血不通-关节痹阻”的恶性循环。在证候上,早期主要对应寒湿痹阻、湿热痹阻、风湿痹阻3类证候。从疾病活动度来看,此期正值活动期,中虚邪盛、湿邪壅滞,临床表现以肿胀、晨僵为著。在江苏地区,因气候湿热交蒸,夏暑湿盛、冬寒湿冷交替,RA患者常可见寒湿证候与湿热证候相互转化,部分患者可见关节畏寒怕冷而局部却灼热不适的寒热错杂之象^[12]。张光江等^[13]以江苏省中医院收治的1 907例

RA(痹证)患者为研究对象,探究中医痹证发病与二十四节气、五季的关联性并总结发病规律,研究发现,春季、长夏及冬季为痹证高发季节,风、湿、寒邪是诱发痹证的关键因素。该结论与《黄帝内经》中的“风寒湿三气杂至,合而为痹”理论高度吻合。

2.2 中期:木气升阻,疏泄失调(肝郁乘脾,气滞血瘀) 肝属木、主筋。肝的疏泄功能正常,气机才能条达,气血才能调和,经络才能通利。然而到了RA中期,中气依然亏虚,此时肝木的气机容易受阻,疏泄功能随之失常。尤其是女性,肝血易亏、情志易波动,RA发病率明显高于男性^[14-15]。肝郁不仅加重气血瘀滞,还会反过来影响脾胃,形成肝郁克脾的恶性循环。陈士铎在《外经微言》中指出,肝郁日久,会乘克脾土;肾水本可滋养肝木,若水妄辅郁滞之肝气,反助长肝郁而下克重损脾土,最终导致肝、脾、肾三者俱损,因此,治疗肝郁必须首先解郁^[16]。RA病程迁延,中气久虚则化源匮乏,水谷精微难充先天;加之肝郁暗耗阴血,肝肾同源,肝血亏虚则肾精亦无所继,此即母病及子、久病及肾之渐也。从圆运动理论来看,中气运转无力,相火降不下去,肝经所过的部位(如关节)便会形成寒湿凝聚,出现屈伸不利,而肝本身又有郁热,于是寒热夹杂,四维轮转停滞,荣卫不能正常循环,不通则痛^[17]。肾主骨、生髓,肾精不充则骨髓空虚,筋骨失养,关节脆弱,风、寒、湿邪乘虚深伏,故疼痛顽固、屈伸难利。综上,中期RA关节肿胀、疼痛游走或固定之机理,实系中虚肝郁、寒热夹杂、肾精暗耗三者互为牵掣而成。活动期肝郁化火、气滞血瘀突出,关节肿痛游走;缓解期则气血已耗、中轴未复,关节僵硬而痛势不显。而肾虚之机贯穿始终,活动期肾精不足,水不涵木,肝阳易亢;缓解期肾气不充,无力鼓动中轴,轴运愈缓,

病势缠绵难愈。证候上,中期以瘀血阻络证为主,常兼寒湿痹阻^[18]。治当疏肝理气、活血通络、健运中轴,兼以补肾填精,固先天之本。

2.3 晚期:水火不济,寒热错杂(相火失降,气血阴阳俱损) 圆运动理论认为,君火主升,相火主降。《圆运动的古中医学续集》^[6]指出,上热之病,是因为在上的相火降不下去,烧灼为害,不是君火的问题。RA晚期患者常表现为局部关节红肿热痛,全身却怕冷,阴雨天加重,正是寒热夹杂的典型表现。从圆运动理论角度分析,根本原因在于下焦阳虚。阳气不足,无力将水液蒸腾上升为津液,津液上不去,上焦得不到滋润,就会生热;同时肺金没有能力收敛相火,相火无法下温肾水,反而上逆燔灼。这一“津不上承、相火不降”的局面,就形成了水火不济、运动不圆的病机^[19]。五运六气理论也认为寒湿气候会加重RA病情^[20]。基于上述病机,病理演变环环相扣:相火亢盛则郁热成毒,气化失常则血滞成瘀,痰瘀互结则痹阻经络,最终导致骨质被侵蚀、破坏。整个链条可概括为“相火失降-气化失司-痰瘀互结-骨节痹阻”,本虚标实、寒热错杂。由此,晚期RA多处于慢性缓解期或低活动度期,正虚为主,关节畸形、功能受限;若因外邪、劳倦等诱因急性发作,则进入活动期,呈现虚实夹杂、寒热错杂之象。在证候上,晚期主要对应痰瘀痹阻、气血两虚、肝肾不足、气阴两虚4类证候^[21],说明相火失常会对气血阴阳和脏腑经络造成广泛影响。

3 基于圆运动理论治疗RA

RA患者的病程演变呈现动态复杂性特征,每个病理阶段均会出现2种或多种证型叠加的复合证候,这一病理特征显著增加了辨证论治的难度。基于上述病机分析,笔者将圆运动思想贯穿RA治疗始终,分为3个层次:早期运轴复枢以重建中气运转,中期疏维调圆以协调

四维气机，晚期复圆动态平衡以恢复整体升降出入。以下分述之。

3.1 早期：运轴复枢，重建中气运转 RA早期的病机以中气亏虚、轴失运转为主，土气湿寒，湿邪困阻关节。此期以健运中轴，温中散寒，祛湿通络为主要治则。笔者常以理中汤为基础方进行化裁。理中汤中白术、干姜温中燥湿，人参、甘草补益中气，使轴心转动起来。若见风湿痹阻证(关节肿痛时轻时重、肢体沉重)，治以祛风除湿，用逐痹丹(人参、茯苓、肉桂、升麻、甘草、薏苡仁、神曲、白术)^[22]。若见寒湿痹阻证(关节冷痛、遇寒加重、畏寒肢冷)，治宜温经散寒除湿，用麻黄附子细辛汤温通阳气、散寒止痛，并酌加鹿茸、五加皮、淫羊藿温补肾阳以助气化，同时必配伍白术、茯苓、薏苡仁健脾利湿，使寒湿得以温化渗利而出。若肿胀明显，加防己、羌活、防风；若疼痛剧烈，加寻骨风、青风藤、海风藤；若足痿挛，加川牛膝、杜仲；气血不足者，加黄芪、当归；关节拘挛者，加伸筋草、木瓜；郁久化热者，加桂枝、知母、忍冬藤；痰浊壅滞者，加白芥子、法半夏。临证时，笔者常将上述加减、配伍提炼为药对与角药，如白术配茯苓健脾祛湿，黄芪配当归益气养血，青风藤配海风藤通络止痛，川牛膝配杜仲强筋健骨；角药以防己、羌活、防风祛风除湿通络。

3.2 中期：疏维调圆，协调四维气机 RA中期的病机在于中轴未复、肝木升阻、疏泄失调，兼见肾精暗耗、先天之本渐亏。治当疏肝理气、健脾益气、补肾填精、活血通络，以复轴调轮。笔者常以肝肾同补汤加减(熟地黄、山萸肉、白芍、当归、柴胡、肉桂、人参、羌活、党参、酸枣仁、川芎、茯苓、代赭石)^[23]，并合小柴胡汤之意化裁，升清降浊，调和气机。临证若见瘀血阻络证，关节疼痛固定、夜

间加重、舌暗有瘀斑者，则重在活血化瘀、疏肝解郁；若兼夹风湿痹阻，则祛风除湿与活血通络并用；屈伸不利者，重用白芍，加麦冬、沙参以养阴柔筋；气虚明显者，加党参、黄芪；瘀血重、肌肤甲错者，合用血府逐瘀汤或黄芪五物汤；兼湿热者，加知母、苍术、黄柏。笔者临证常用药对：柴胡配白芍，一散一收，疏肝柔筋；郁金配香附，理气活血；陈皮配法半夏，燥湿化痰，理气和胃。角药则取知母、苍术、黄柏，以清热燥湿。

3.3 晚期：复圆平衡，恢复整体升降出入 RA晚期的病机以水火不济、寒热错杂为本，兼见相火失降、痰瘀互结，终致气血阴阳俱损。此期治以交通心肾、补益气血、化痰祛瘀，恢复整体圆运动。临证当据虚实之主次，分途施治：若以气血两虚或气阴两虚为主要表现，笔者常以十全大补汤为基础方益气养血，扶持中轴，为“复圆”奠定化源基础。若以肝肾不足为核心病机，则当以补肾填精、强筋壮骨为要，用“肾四味”(枸杞子、菟丝子、补骨脂、淫羊藿)^[24]合独活寄生汤化裁，补益肝肾，温而不燥，阴阳双补。痰瘀痹阻证见关节畸形、僵硬、夜间痛甚者，在补益肝肾、益气养血的基础上合用身痛逐瘀汤加减，以活血祛瘀、化痰通络，并酌加水蛭、地龙等虫类药搜剔深伏之瘀，中病即止^[25]。兼有心脑血管病变者，加三七、丹参，活血不伤正。笔者临证常用药对：桃仁配红花活血化瘀，水蛭配地龙搜风剔络，三七配丹参活血不伤正。

4 病案举例

例1：麻黄附子细辛汤合理中汤案(寒湿痹阻、中气虚寒证—运轴以行轮法) 李某，女，52岁，农民，2021年10月2日于门诊就诊。主诉：双手、双膝关节肿痛反复发作3年，加重1个月。病史：患者3年前无明显诱因出现双手近端指间关节、双膝关节对称性肿痛，

晨僵明显,活动后减轻。曾在外院诊断为RA,间断服用双氯芬酸钠止痛,症状时轻时重。1个月前因天气转凉,关节疼痛加重,尤以晨起为甚,晨僵时间约2 h,畏寒肢冷,遇寒则痛剧,得温则痛减。平素纳差,食后腹胀,大便溏薄,小便清长,舌淡胖、苔白,脉沉细弱。既往无特殊病史。查体:双手指间关节轻度梭形肿胀,双膝关节浮髌试验阳性。辅助检查:类风湿因子(RF)85 IU/mL,抗环瓜氨酸肽(CCP)抗体110 RU/mL,血沉(ESR)45 mm/h, C-反应蛋白(CRP)28 mg/L。双手X线片检查结果示:近端指间关节间隙略窄,未见骨质侵蚀。现代医学诊断:RA(活动期)。中医诊断:痹证(早期),寒湿痹阻兼中气虚寒证。治法:温经散寒,祛湿通络,健运中轴。予麻黄附子细辛汤合理中汤化裁。处方:麻黄9 g,淡附片(先煎)9 g,细辛6 g,羌活6 g,防风6 g,独活10 g,川芎10 g,乳香3 g,没药3 g,补骨脂15 g,巴戟天10 g,肉苁蓉10 g,杜仲10 g,白术12 g,干姜6 g,炙甘草6 g。7剂,每天1剂,水煎煮,分2次于早、晚饭后温服。患者停用止痛药(双氯芬酸钠),仅服中药。

2021年10月10日二诊:患者诉双手、双膝关节肿痛明显减轻,晨僵时间缩短至20 min,畏寒肢冷改善,胃纳好转,大便成形。查体:关节肿胀基本消退,浮髌试验(±)。舌淡红、苔白,脉沉细,但较前有力。效不更方,继服7剂,煎服法同前。

2021年10月17日三诊:患者诉关节肿痛基本消失,晨僵不明显,无特殊不适。舌淡红、苔薄白,脉缓。复查ESR 18 mm/h, CRP 5 mg/L。患者已转入缓解期。考虑到寒湿大势已去,患者久病体虚,过用辛散走窜及峻烈之品恐会耗伤气血,故在初诊方基础上去乳香、没药,减淡附片为6 g,再服7剂巩固,煎服法同前。

2022年1月随访:天气转凉后,患者自觉关节稍有僵硬,但疼痛轻微,未服止痛药。嘱其避寒保暖,平素可服理中丸调理中焦。后未再复发。

按:患者为五旬农民,平素劳倦伤脾,以中气虚寒为本。现病史中的“天气转凉后关节疼痛加重、畏寒肢冷、遇寒加剧、得温痛减”提示寒湿外袭;患者既往间断服用止痛药但未治本,致病情反复。纳差、食后腹胀、大便溏薄、舌淡胖、苔白、脉沉细弱,乃脾阳虚、寒湿内盛之症。综上,辨证为寒湿痹阻兼中气虚寒型痹证,其根本病机在于中轴(脾胃)失于温运,土不生金,卫外不固,寒湿之邪乘虚痹阻四肢经络。治法为温经散寒、祛湿通络,健运中轴。主方选麻黄附子细辛汤合理中汤化裁。麻黄附子细辛汤(麻黄、附子、细辛)温经散寒,如推动四轮以开痹阻;理中汤(干姜、白术、炙甘草)温补中焦、健运脾气,如转动轴心以复升降;加羌活、防风、独活助祛风湿,川芎、乳香、没药活血定痛,补骨脂、巴戟天、肉苁蓉、杜仲温补肾阳以助生土。全方轴轮并运,标本兼顾。

二诊时,患者的关节肿痛明显减轻,晨僵时间缩短,畏寒肢冷改善,胃纳好转、大便成形,舌转淡红,脉仍沉细但较前有力。此为中焦阳气渐复,轴心得以转动,气血生化有源,寒湿之邪从经络外散,故四肢痹阻减轻。浮髌试验(±),关节肿胀基本消退,提示滑膜炎得到有效控制。效不更方,继服初诊方7剂,以巩固温运中轴、祛寒通络之力,使残余寒湿尽除。

三诊时,患者的关节肿痛基本消失,晨僵不明显,实验室指标ESR、CRP均显著下降。病情已由活动期转入缓解期。此时寒湿大势已去,但久病体虚,恐过用辛散走窜及峻烈之品耗伤气血。故在初诊方基础上去乳香、没药以

免破气伤血，减淡附片为6 g以缓其温燥，再服7剂巩固。此乃“衰其大半而止”之后转入调养中轴、缓缓收功之意。

本案以圆运动理论“中轴失运，四维不行”为指导，运用“运轴以行轮”之法辨治寒湿痹阻兼中气虚寒型早期RA。初诊紧扣中气虚寒、轴失运转之核心病机，以理中汤运中轴、麻黄附子细辛汤行四轮，轴轮并动而寒湿痹阻速解；后期随证减药，始终不离顾护中焦。该法对寒湿痹阻型RA具有“抓本驱动、事半功倍”的临床价值，体现了基于圆运动理论动态辨治痹证的独特优势。

例2：肝肾同补汤合小柴胡汤化裁案（肝郁脾虚、风湿痹阻证—疏维调圆法） 孙某，男，50岁，办公室职员，2022年3月5日于门诊就诊。主诉：四肢多关节游走性疼痛伴肿胀6个月余。病史：患者6个月前因久居潮湿环境，渐觉双手腕、双肘、双膝等关节疼痛，疼痛部位不固定，呈游走性，时发时止，伴肢体沉重困倦，晨起尤甚。晨僵时间约30 min。曾自行服用布洛芬等药物，疼痛可暂时缓解，但停药即发。平素胃纳一般，时有脘腹胀满，大便偏溏，小便正常，舌质淡红，苔白腻，脉浮滑。既往无外伤及家族性关节病史。查体：双手腕、双肘、双膝关节无明显红肿，轻度压痛，活动尚可，未见明显畸形。辅助检查：RF 42 IU/mL，抗CCP抗体56 RU/mL，ESR 32 mm/h，CRP 15 mg/L。双手X线片检查结果显示未见骨质侵蚀。现代医学诊断：RA（活动期）。中医诊断：痹证（中期），肝郁脾虚、风湿痹阻证。治法：疏肝健脾，祛风除湿，疏维调圆。予肝肾同补汤合小柴胡汤化裁。处方：柴胡10 g，黄芩9 g，党参15 g，法半夏9 g，炙甘草6 g，生姜片9 g，大枣4枚，熟地黄15 g，山萸肉12 g，白芍15 g，当归10 g，茯苓12 g，川芎9 g，羌活10 g，肉桂（后下）3 g。7剂，每

天1剂，水煎煮，分2次于早、晚饭后温服。嘱患者停用布洛芬，仅服中药。

2022年3月13日二诊：患者诉关节疼痛明显减轻，肿胀基本消退，肢体沉重感消失。胃纳转佳，大便成形。晨僵时间缩短至10 min。舌淡红，苔薄白，脉浮缓。分析：肝气得疏，脾运渐复，风湿之邪已去大半，四维气机趋于调和。效不更方，继服7剂，煎服法同前。

2022年3月20日三诊：患者诉诸症基本缓解，无关节疼痛，晨僵消失，胃纳、大小便均正常。舌淡红、苔薄白，脉缓。复查ESR 12 mm/h，CRP 3 mg/L。患者已转入缓解期。分析：此时肝气已调，中轴得运，但久病体虚，中气尚未全复，不宜过用疏泄走窜之品。故在初诊方基础上去羌活、减柴胡为6 g，加白术12 g、砂仁（后下）6 g以加强健运中焦，再服7剂巩固。嘱其避潮湿、慎风寒，平素可服香砂六君丸调理中焦。

2022年6月电话随访：患者自述关节未再疼痛，正常工作、生活。

按：患者为50岁办公室职员，久坐少动，中气本虚，加之久居潮湿环境，外湿引动内湿。现病史中“四肢多关节游走性疼痛、部位不固定、时发时止”为风邪偏盛之象；“肢体沉重困倦、晨起尤甚”乃湿邪困阻经络之征；平素“脘腹胀满、大便偏溏”提示中焦运化失职，轴心不转。舌淡红、苔白腻、脉浮滑，综合辨为肝郁脾虚、风湿痹阻之痹证中期。其病机关键在于：中轴未复，肝木升阻，疏泄失调。脾胃虚弱，不能斡旋升降，导致肝气郁滞，木不疏土，进一步加重脾虚湿困；风、湿之邪乘虚外客，流注关节，形成“轴滞轮困”之局。此期不同于早期单纯的风湿痹阻，而是出现了以肝郁为核心的气机升降失调，故治以疏肝健脾、祛风除湿、疏维调圆。方选肝肾同补汤合小柴胡汤化裁。肝肾同补汤（熟地黄、

山茱萸、白芍、当归、柴胡、茯苓、川芎、羌活、肉桂)虽以“肝肾同补”为名,然观其组方结构,疏肝健脾之力实居主导:白芍、当归养血柔肝,合柴胡疏肝解郁,调畅气机,为君;茯苓健脾渗湿,复中轴运转之机,实土以御肝木之克,为臣;熟地黄、山萸肉、肉桂固护肾气,乃针对RA中期“久病及肾”之势,预培先天,非谓本患已有肾虚之征,属于“未病先防”之策;羌活祛风胜湿、通络止痛,川芎行气活血,合当归共奏“治风先治血,血行风自灭”之效,共为佐使。诸药合用,以疏肝健脾为核心,兼以祛风除湿、固肾防变,使肝郁得解、脾虚得复、轴轮并运,契合中期“疏维调圆”之治法。此外,合小柴胡汤之意(柴胡、黄芩、党参、法半夏、炙甘草、生姜、大枣)疏理肝气,升清降浊,调动四维气机,使木气条达,轴轮复运。

二诊时,关节疼痛明显减轻,肿胀基本消退,肢体沉重感消失,胃纳转佳,大便成形,舌苔由白腻转为薄白,脉由浮滑转为浮缓。此为肝气得疏,脾运得健,清阳升而浊阴降,风湿之邪渐去,四维气机趋于调和。病情已由活动期向缓解期转化。效不更方,继服初诊方7剂以巩固。

三诊时,诸症基本缓解,实验室指标恢复正常,病情转入缓解期。此时风湿已去十之八九,但患者脾胃仍弱,不宜过用疏泄走窜之品,故去羌活、减柴胡用量,加白术、砂仁以加强健运中焦,体现“大邪已去,专顾中轴”之策,使脾运自健,肝气自和,防止复发。

本案运用疏维调圆法辨治RA中期。初诊紧扣“中轴未复、肝木升阻、疏泄失调”之核心病机,以肝肾同补汤合小柴胡汤疏肝健脾、除风祛湿、疏维调圆,轴轮并调而风湿速解;二诊守方巩固;三诊减疏泄之品而加强健运中轴。该法对RA中期肝郁脾虚、风湿痹阻证具

有“调肝以复升降,运脾以固中轴,邪去正安”的独特临床价值。

例3:独活寄生汤合肾四味案(肝肾亏虚、痰瘀痹阻证—复圆平衡法) 张某,女,66岁,退休教师,2022年5月10日于门诊就诊。主诉:多关节肿痛反复发作15年,加重伴关节变形2年。病史:患者15年前无明显诱因出现双手、双膝、双踝关节对称性肿痛,晨僵明显。经多方诊治,确诊为RA,曾长期服用甲氨蝶呤、泼尼松等药物,病情反复不愈。近2年来,关节疼痛呈进行性加重,双手指间关节、腕关节出现畸形,活动受限,伴腰膝酸软、头晕耳鸣、夜尿频多(每晚4~5次)、畏寒肢冷,舌暗红、有瘀斑,苔薄黄而干,脉沉细涩。查体:双手近端指间关节、掌指关节梭形肿胀、压痛(++),双手尺偏畸形,双膝关节轻度肿胀、屈伸受限,浮髌试验(±)。双膝皮色不红,皮温正常。辅助检查:RF 156 IU/mL,抗CCP抗体280 RU/mL,ESR 62 mm/h,CRP 35 mg/L。双手X线片检查结果显示:近端指间关节、掌指关节间隙明显狭窄,部分关节面骨质侵蚀,腕关节骨质稀疏。双膝X线片检查结果显示:关节间隙不均匀狭窄,边缘骨质增生。现代医学诊断:RA(活动期)。中医诊断:痹证(晚期),肝肾亏虚、痰瘀痹阻证。治法:补益肝肾,益气养血,化痰祛瘀,通络止痛。予独活寄生汤合肾四味化裁。处方:独活10g,桑寄生15g,杜仲15g,怀牛膝15g,细辛3g,秦艽10g,茯苓15g,肉桂3g,防风10g,川芎10g,人参(另煎)10g,甘草6g,当归15g,白芍15g,生地黄15g。加肾四味:枸杞子15g,酒制菟丝子15g,盐炙补骨脂10g,淫羊藿10g。14剂,每天1剂,水煎煮,分2次于早、晚饭后温服。西药维持原治疗方案:甲氨蝶呤(每周10mg),泼尼松(每天7.5mg)。

2022年5月25日二诊：服药14剂后，患者诉关节疼痛明显减轻，晨僵时间缩短，腰膝酸软、夜尿频多改善(每晚1~2次)，畏寒肢冷减轻，口干好转。查体：关节肿胀消退，压痛减轻。舌暗红，瘀斑变浅，苔薄白，脉沉细。效不更方，继服14剂，煎服法同前。西药继续维持原治疗方案。

2022年6月8日三诊：患者诉关节肿痛基本控制，能自行完成日常活动。夜尿1次，精神、体力明显改善，晨僵消失。复查ESR 28 mm/h，CRP 12 mg/L，RF 98 IU/mL。在初诊方基础上去细辛、秦艽，减独活为6 g，加黄芪30 g、鸡血藤15 g益气活血。继服14剂，煎服法同前。西药继续维持原方案。

2022年7月5日四诊：患者诉关节无明显疼痛，双手畸形无加重，双膝活动基本自如。舌淡红，瘀斑消退，苔薄白，脉细。复查RF 72 IU/mL，ESR 18 mm/h。病情已进入稳定缓解期，去独活、防风等祛风之品，以肾四味合十全大补汤化裁。处方：枸杞子15 g，酒制菟丝子15 g，盐炙补骨脂10 g，淫羊藿10 g，党参15 g，茯苓15 g，白术15 g，炙甘草6 g，当归15 g，白芍15 g，熟地黄15 g，川芎10 g，炮姜6 g，黄芪30 g。每2周服药1周，煎服法同前，连续3个月。西药继续维持原方案。

2022年10月电话随访：患者诉病情稳定，关节未再明显肿痛，可做家务及短距离散步。泼尼松已减至每天2.5 mg，甲氨蝶呤维持原剂量。嘱继续服用中药巩固，定期复查。

按：患者为66岁退休教师，病程长达15年，久病必及肾，且长期服用激素及免疫抑制剂，更伤肝肾精血。现病史中“近2年关节疼痛进行性加重，出现畸形、活动受限”提示病邪由经络深入筋骨，痰瘀胶结；“腰膝酸软、头晕耳鸣、夜尿频多、畏寒肢冷”为肝肾亏虚、阴阳两伤之明证。平素久病体弱，中

轴(脾胃)亦受损，但晚期以肝肾亏虚为本，痰瘀互结为标。查体见双手尺偏畸形、关节肿胀不红、舌暗红有瘀斑、苔薄黄而干、脉沉细涩，综合辨为肝肾亏虚、痰瘀痹阻型痹证。其病机关键在于肝肾精血衰耗，圆运动之“四维”失于濡养，筋骨枯槁；同时痰瘀内生，阻滞经络关节，形成“本虚标实、轴轮俱损”之复杂局面。治法为补益肝肾，益气养血，化痰祛瘀，通络止痛。主方选独活寄生汤合肾四味化裁。独活寄生汤(独活、桑寄生、杜仲、怀牛膝、细辛、秦艽、茯苓、肉桂、防风、川芎、人参、甘草、当归、白芍、生地黄)为治疗久痹肝肾亏虚、气血不足之经典方，其中独活、细辛、秦艽、防风祛风除湿、通络止痛以治标；桑寄生、杜仲、怀牛膝、肉桂补肝肾、强筋骨；加肾四味(枸杞子、酒制菟丝子、盐炙补骨脂、淫羊藿)平补阴阳、温肾助阳，旨在从根源上修复圆运动之“四维根本”。全方肝肾并补、气血同调、痰瘀共治，使亏虚之轴轮渐充，阻滞之邪渐去，最终恢复圆运动之平衡。

二诊时，患者的关节疼痛明显减轻，晨僵时间缩短，腰膝酸软、夜尿频多(次数减少至每晚1~2次)明显改善，畏寒肢冷减轻，口干好转(提示阴液渐复)。查体见关节肿胀消退、压痛减轻，舌暗红但瘀斑变浅，脉由沉细涩转为沉细。此乃肝肾得补，精血渐充，痰瘀得化，四肢之经络渐通。药已中的，效不更方，继服14剂以深入根除顽痰瘀血，巩固培补之力。

三诊时，患者的关节肿痛基本控制，可自行完成日常活动，夜尿仅1次，精神、体力明显改善，实验室指标ESR、CRP和RF均显著下降。此时痰瘀大势已去，但久病体虚，不宜过用辛燥走窜之品。故在初诊方基础上去细辛、秦艽，减独活为6 g，防其耗伤阴血；加

黄芪30 g、鸡血藤15 g益气活血，以助中轴运化、濡养四肢。继服14剂。

四诊时，关节无明显疼痛，双手畸形无加重，双膝活动基本自如，舌瘀斑消退，脉细，RF及ESR进一步下降。病情进入稳定缓解期。此时治疗重点转为“复圆平衡”之巩固阶段：去独活、防风等祛风之品，以肾四味合十全大补汤(去肉桂，加炮姜)益气养血、培补肝肾。此乃“缓则治本”，使轴轮复圆，阴阳平衡，防止复发。

本案运用“复圆平衡”之法辨治肝肾亏虚、痰瘀痹阻型晚期RA。初诊予独活寄生汤合肾四味肝肾并补、化痰祛瘀，从根源修复圆运动之动力(肝肾)与道路(经络)；二诊守方深入；三诊减辛燥走窜之品，加益气活血之品；四诊转以培补肝肾、气血收功。该法对晚期RA肝肾亏虚、痰瘀痹阻证具有独特的“复圆”价值，体现了圆运动理论中“中轴-四维”双向辨证思维在复杂、顽固病证中的终极治疗目标——使破坏的圆运动重新恢复和谐平衡。

5 小结

本文基于圆运动理论，系统阐释了RA“轴滞轮停”的核心病机本质，梳理“中焦失调-圆运动失衡-痹阻关节”的病机演变规律，拟定“运轴以行轮、疏维以调圆、复圆以求衡”的分期治疗策略，并将RA的中医病程分期与现代医学的活动期、缓解期相对应，实现了中西医分期诊疗理念的有机融合。选取寒湿痹阻、肝郁脾虚、肝肾亏虚证3则典型医案佐证该理论框架用于诊治不同分期、不同证候RA的实用价值。

【参考文献】

- [1] 卢增鹏,于海洋,张晓刚,等.中药干预类风湿关节炎相关信号通路研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(12):289-298.
- [2] 刘蔚翔,姜泉.中西医结合治疗类风湿关节炎的研究进展[J].中华中医药杂志,2022,37(12):7251-7257.
- [3] 周全,高志卿.论正虚在类风湿性关节炎发病中的作用[J].中国中医基础医学杂志,2009,15(7):519.
- [4] 刘国华,谢雪姣.浅析古中医学派圆运动思想的沿革[J].湖南中医杂志,2018,34(5):149-151.
- [5] 张伟洁,张皓瑜,郑好,等.胡凯文基于“一气周流,土枢四象”理论调控肿瘤微环境治疗肺癌经验[J].中医杂志,2026,67(2):136-141.
- [6] 彭子益.圆运动的古中医学续集[M].北京:中国中医药出版社,2009:21.
- [7] 魏美娟,李琴.类风湿关节炎辨证分型及客观化研究进展[J].中国民族民间医药,2022,31(7):76-79.
- [8] 姜泉,巩勋,焦娟,等.类风湿关节炎病证结合诊疗指南(2025年)[J].中医杂志,2025,66(17):1842-1856.
- [9] 姚明雷,周唯.彭子益圆运动理论对湿证辨治的特点[J].山东中医药大学学报,2015,39(6):498-499.
- [10] 刘妍彤,任爽,曹奇,等.脾虚生湿病机观与自噬在RA发病过程中相关性探讨[J].时珍国医国药,2022,33(6):1409-1412.
- [11] 商竞宇,姜莉云.吴荣祖“温水燥土,引火归元”法辨治阴火证经验探析[J].中华中医药杂志,2020,35(11):5576-5578.
- [12] 刘英,周翠英,庄秀萍.类风湿关节炎寒热错杂证病机分析[J].江苏中医药,2014,46(11):3-5.
- [13] 张光江,纪伟.从“天人相应”探讨中医痹证与二十四节气、五季的发病关系[J].中医临床研究,2023,15(3):18-21.
- [14] 邱月云,郭宇英,邱明山,等.从肝论治类风湿关节炎[J].风湿病与关节炎,2017,6(8):61-63.
- [15] 周丽宁,姜萍.浅议肝脾失调与早期类风湿关节炎[J].河南中医,2014,34(4):661-663.
- [16] 翟小珊,张家玮,赵岩松.陈士铎辨证治思想探微[J].国际中医中药杂志,2018,40(10):3.
- [17] 王晶徽,张秦,王晓旭,等.周乃玉基于“枢轴运动”理论辨治类风湿关节炎经验[J].国际中医中药杂志,2025,47(2):262-265.
- [18] 徐山春,钟滢.从郁论治类风湿性关节炎思路浅析[J].浙江中医药大学学报,2018,42(6):466-469.
- [19] 蒋季蓉,夏广厦,何晓瑾.基于圆运动理论从“挟土暖癸法”辨治风湿免疫病多系统受累[J].南京中医药大学学报,2026,42(2):247-252.
- [20] 马桂琴,沙正华.五运六气与类风湿关节炎发病相关性研究[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(6):778-781.
- [21] 王心恒,王劲松,王晓虎.相火生理病理与证治探析[J].南京中医药大学学报,2019,35(3):251-253,337.
- [22] 王明希.逐痹丹加减治疗反应性关节炎(寒湿痹阻证)的临床研究[D].长春:长春中医药大学,2017.
- [23] 陈士铎.石室秘录[M].北京:人民卫生出版社,2006:122.
- [24] 李健.李可“肾四味”味重量轻取代重剂补肾[J].实用中医内科杂志,2015,29(1):8-10.
- [25] 陈珑,朱泓,孙伟.国医大师朱良春教授运用虫类药治疗肾病综合征经验撷菁[J].中国中西医结合肾病杂志,2023,24(11):944-946.

[责任编辑:郭雨驰,吴凌,蒋维超(英文)]